



# Opprette tiltaksplan - standard bruk

## Kommentar til versjon

Endring med presisering fra "institusjoner og omsorgsboliger for eldre til "Hjemmeboende/institusjon " etter forbedringsinnspill fra kvalitetsrådgiver og helseinformatikk

## Mål / formål / hvorfor

- Pasientjournalen inneholder relevante tiltak i henhold til brukers behov
- Journalen er lett å vedlikeholde ved endringer
- Journalen er oversiktlig og det er lett å dokumentere fortløpende på rett sted

## Når skal det gjøres

- Tiltaksplan skal opprettes så snart som mulig etter oppstart av tjeneste
- Tiltaksplanen opprettes på bakgrunn av kartlegging av brukers behov og gjennom samtale med bruker om hva som er viktig for vedkommende ved mottak av aktuell tjeneste
- Tiltaksplanen skal avsluttes når tjenesten avsluttes

## Hvordan / beskrivelse

Brukers behov for helsehjelp som er beskrevet i vedtak og som er vurdert under IPLOS-kartlegging skal beskrives i tiltaksplan.

Tiltaksplanen under brukes som en standard for å dekke behov på tvers av IPLOS-variabler og IPLOS planområder.

Det er ikke et krav om at det skal opprettes tiltak under alle planområder. Der det er mulig å beskrive behov fra flere IPLOS-variabler under ett tiltak anbefales dette for å få en mer oversiktlig journal som er lettere å holde oppdatert.

Tiltaksbeskrivelser inneholder beskrivelse av

- Hva som skal gjøres (og hvorfor)
- Når tiltaket skal utføres
- Hvordan helsepersonellet støtter bruker
- Hvilke ressurser og egenomsorgsevne bruker har
- Hva som er målet med tiltaket
- Plan for evaluering av tiltaket / tiltaksbeskrivelsen

Standardplan brukes som utgangspunkt for hjemmeboende og i institusjon for eldre. Fagansvarlig vurderer behov for andre tiltak basert på individuelle kartlegginger.

Plankategori Pasientadmin / Akutte hendelse		
Planområde	Tiltak	Innhold (ikke utelukkende)
Brukermedvirkning	Brukermedvirkning	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva er viktig for deg ? Mål for tjenesten</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle samtaler med pasienten</li> <li>• Søknader om LO, omsorgsbolig, hj.spl. er send til saksbehandler</li> <li>• Utleverte søknader til pasienten</li> </ul>
Samarbeid med pårørende	Kontakt ang helsetils./-hjelp	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle samtaler med pårørende</li> </ul>
Kontakt m/annet helsepersonell	Kontakt med a. helsepersonell	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Time på sykehus (når, hvor)</li> <li>• Om taxi er bestilt eller skal bestille</li> <li>• Samtale/huskelapp/kommunikasjon med andre tjenester</li> </ul>
Møter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbeidsmøter (fysio, ergo, lege, personale)</li> <li>• Nettverksmøte (personale, bruker/pårørende, saksbehandler, hj.spl., fysio/ergo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referat fra samarbeidsmøte/tverrfaglig møte – skriv med punkter hva er plan videre</li> <li>• Sendte huskelapper / innkallinger om NVM</li> <li>• Bekreftelser om avtalte NVM</li> <li>• Referat fra NVM</li> </ul>
Innkommst revurd og utskrivelse	Innkommstnotater	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved innkommst til avdelingen fra sykehus</li> <li>• Notat fra epikrise etter time på sykehus</li> <li>• Notat fra epikrise etter at pasienten har vært midlertidig innlagt på sykehus</li> </ul>
	Utskrivelsesnotater	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notat når pasienten avslutter tjenesten (fortrinnsvis samme dag som pasient avslutter tjenesten)</li> <li>• Ved innleggelse i sykehus / midlertidig opphør på tjenesten</li> </ul>
	Resyme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppsummering av tjenesteforløp og mål for tjenesten ved behov for forlengelse eller endring av tjeneste (informere saksbehandler via huskelapp)</li> <li>• Annen regelmessig oppsummering av tjenesteforløp og mål for tjenesten</li> </ul>
Hjelpemidler		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokumentasjon av vurdering av behov for hjelpemidler (huskelapp sendes til fysio/ergo)</li> </ul>
Akutte hendelser		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Når bruker forsvinner fra bolig / institusjon</li> </ul>
<b>Plankategori Hjemmeboende / Institusjon</b>		
<i>Planområde</i>	<i>Tiltak</i>	<i>Innhold (ikke utelukkende)</i>
Personlig hygiene	Personlig hygiene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morgenstell, kveldsstell, frisør time, dusj, mm</li> <li>• Hva pasienten klarer å gjøre selv</li> <li>• Skift av sengetøy</li> </ul>
Toalett	Toalettbesøk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behov for bistand</li> <li>• Bruk av innkontinentsutstyr</li> <li>• Personlige rutiner</li> </ul>
	Kateter (ved behov)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rutine for bytte, utstyr mm</li> <li>• Målinger som utføres ved behov</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prøvetaking av urin</li> </ul>
	Stomi (ved behov)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rutine for bytte, utstyr mm</li> <li>• Målinger som utføres ved behov</li> <li>• Prøvetaking</li> </ul>
Ivareta egen helse	Observasjoner og akutte tiltak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Innleggelse med 113/AMK + NEWS målinger ved kontakt</li> <li>• Legevaktbesøk + NEWS målinger ved kontakt med lege</li> <li>• Fall OBS! hvis fall gjentar seg åpnes eget tiltak</li> <li>• Ved akutte smerter</li> </ul>
	Legemidler	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrerer selv</li> <li>• Privat medisiner /dosett</li> <li>• Administrer inhalasjoner/øyendråper selv osv.</li> <li>• Vurdering / bruk av elektronisk medisineringsstøtte</li> </ul>
	Søvn og hvile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Døgnrytme</li> <li>• Behov for hvile i løpet av dagen</li> <li>• Dokumentasjon fra nattevakt</li> </ul>
	Fysisk aktivitet og trening	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bevegelsesevne (inne og ute)</li> <li>• Bruk av hjelpemidler (rullator, prekestol o.l.)</li> <li>• Behov ved forflytning</li> <li>• Behov / plan for trening</li> </ul>
	Ernæringsstatus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultat av ernæringskartlegging</li> <li>• Ernæringsplan (behov for kost- / drikkeregistrering)</li> <li>• Type kost / drikke</li> <li>• Vektkontroll</li> <li>• Behov for tilrettelegging / bistand</li> </ul>
	Respirasjon (ved behov)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruk av oksygen</li> <li>• Bruk av Bipap, Capap, forstøverapparat ol</li> </ul>
	Sirkulasjon (ved behov)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruk av støttestrømper, evt. målinger til støttestrømper</li> <li>• Ødemer i kroppen</li> <li>• Måling av BT / EKG</li> </ul>
	Palliasjon (ved behov)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstatte andre tiltak i palliativ fase</li> <li>• Behov for mat, stell, eliminasjon, aktivitet mv beskrives her</li> </ul>
	Sårbehandling (ved behov)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sårprosedyre,</li> <li>• Frekvens</li> <li>• Bruk av utstyr</li> <li>• Lokasjon</li> </ul>
<b>Legejournal</b>		

	Konsultasjon	<ul style="list-style-type: none"><li>Legens dokumentasjon (kan bruke egne tiltak for inntak, årskontroll mm etter behov)</li></ul>
	Notat sykepleier	<ul style="list-style-type: none"><li>Beskjeder, observasjoner og vurderinger som formidles til lege</li></ul>

## Risiko / tenk på

Hvilke individuelle behov har bruker som ikke dekkes av standardplan

Hvordan oppdatere tiltaksplanen fortløpende ved endringer

## Interne koblinger/lenker og vedlegg

Avslutte tiltak og planområder

[Last ned](#)

Opprette nytt planområde

[Last ned](#)

Opprette nytt tiltak

[Last ned](#)

Opprette pasientjournal og plankategorier

[Last ned](#)